

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques BOUVAIST

Né le 17 Septembre 1913 à Serancourt-le-Grand (Aisne)

Contribution à l'Etude de l'ICTERE SYPHILITIQUE PRIMAIRE.

Président : MONDOR, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques BOUVAIST

Né le 17 Septembre 1913 à Serancourt-le-Grand (Aisne)

Contribution à l'Etude de l'ICTERE SYPHILITIQUE PRIMAIRE.

Président : MONDOR, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1 9 3 9

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAYE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . . .		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecote a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

à qui je dois tant.

A MA MERE

Témoignage de ma profonde tendresse.

A MA GRAND'MERE MATERNELLE

In memoriam.

A MES SŒURS

A mon oncle, le Docteur Carle RŒDERER

Meis et Amicis

A Monsieur le Professeur MONDOR
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat

*qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre gratitude.*

A notre maître le Docteur P. NICAUD

Médecin des Hôpitaux

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé dans ce travail.
Témoignage de reconnaissance.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A TOURS

Stage

1933-34. M. le Docteur GUILLAUME-LOUIS.

Externat

1934-35. M. le Docteur BONNIN.

A PARIS

Stage

1935. M. le Professeur N. FIESSENGER (Necker).

Externat

1936. M. le Docteur P. NICAUD (Maison de Santé Dubois).

1936-37. M. le Professeur MATHIEU (Cochin).

1937-38. M. le Docteur L. de GENNES (Lariboisière).

1938. M. le Docteur HERSCHER (Lariboisière).

1939. M. le Docteur P. NICAUD (Lariboisière).

1939. M. le Docteur R. BERNARD (La Pitié).

INTRODUCTION

L'ictère syphilitique primaire a été décrit pour la première fois par M. G. Milian en 1920, description basée sur trois observations typiques d'ictère syphilitique contemporain du chancre et antérieur à la roséole.

Jusqu'à cette publication, les auteurs décrivaient seulement un ictère syphilitique secondaire dans sa forme bénigne et dans sa forme grave; Fournier en avait donné les caractères classiques.

Depuis, et comme l'avait prévu Milian, de nombreuses observations ont été publiées à ce sujet. Elles nous permettent actuellement d'individualiser l'atteinte hépatique précoce chez le syphilitique non encore traité.

Nous éliminons donc d'emblée la question discutée des ictères thérapeutiques.

Au cours de la septicémie tréponémique, l'atteinte précoce du parenchyme hépatique par le tréponème n'est pas une rareté. Elle s'observe au même titre que bien d'autres manifestations syphilitiques primaires,

telles la céphalée, l'asthénie, la paralysie faciale, les douleurs ostéo-articulaires que note Boidin,

telles l'inégalité pupillaire et la lymphocytose rachidienne décrite par Nicolau,

telles surtout les albuminuries précoces contemporaines du chancre, décrites par Audry. De même que ces albuminuries témoignent de l'affinité du tréponème pour le rein, avec dans l'avenir le risque d'une atteinte rénale plus sévère et plus tenace, de même l'atteinte hépatique avant toute manifestation secondaire de syphilis peut-elle laisser prévoir ultérieurement l'apparition des hépatites tardives très difficilement curables.

Il est donc intéressant de savoir reconnaître l'hépatite diffuse du début; ce diagnostic permet, sans attendre les

accidents secondaires, d'entreprendre un traitement précoce et intensif qui aura vite raison de l'ictère et évitera des localisations tardives plus graves.

Or, tandis que l'atteinte rénale ne se manifeste que par une albuminurie souvent discrète, sans signes fonctionnels, l'atteinte hépatique, au contraire, est plus bruyante.

A la faveur des observations publiées depuis celle de Milian, ses caractères sont maintenant fixés.

Avant de rapporter les observations de M. Milian, il nous faut citer celle que publia Lasch en 1894, où il décrit l'apparition d'un ictère, avant toute manifestation secondaire, chez un sujet porteur d'un chancre.

Observation I. — A. F..., une jeune femme de 19 ans, entre le 5 septembre 1892 à la clinique médicale pour un ictère franc datant, dit la malade, d'un jour.

On s'aperçoit d'une érosion indurée sur la commissure postérieure de la grande lèvre droite avec adénopathie inguinale indolente et volumineuse. La malade eut des rapports le 25 juin 1892 avec un jeune homme en traitement syphilitique depuis un an environ.

Fin juillet, elle aurait vu apparaître cette érosion vulvaire.

Les jours suivants, l'ictère se fonce. Douleurs dans les membres, légère température, appétit conservé, foie un peu augmenté de volume.

Le 10 septembre, ictère très intense.

Exanthème maculo-papuleux « colossal » sur le tronc, la tête et les extrémités.

Le chancre est à peu près cicatrisé.

Adénopathies généralisées.

Papules nombreuses.

Ictère plus foncé.

Fèces décolorées.

Foie gros et douloureux.

Rate hypertrophiée.

La malade reçoit une injection quotidienne de sublimé.

Le 9 octobre, l'ictère s'efface vite dans les urines; traces de pigments biliaires, fèces décolorées, le foie n'est plus douloureux.

L'exanthème est en voie de disparition.

Le 29 octobre, amélioration, poids augmenté de 8 livres, l'ictère a disparu, le foie est redevenu normal.

(Lasch, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1894.)

Déjà, dans cette observation rapide, l'auteur a été frappé de l'apparition précoce d'un ictère qu'il ne décrit

conservé, mais dont il souligne la disparition rapide sous l'influence du traitement.

Les trois observations de M. G. Milian, en 1920, rapportées ci-dessous, sont beaucoup plus complètes et attirent davantage l'attention sur cet ictère contemporain du chancre.

Observation II. — M^{lle} Marcelle, âgée de 21 ans, brodeuse, est entrée le 6 février à l'hôpital Saint-Louis dans un service de chirurgie, parce que s'étant trouvée mal chez elle dans l'escalier, elle avait fait une chute et s'était légèrement éraflé la tête. Le chirurgien constata que le cuir chevelu était à peine touché et, comme la malade avait la jaunisse, il l'a passa en médecine dans notre service le 8 février 1920 (Obs. H. 335).

Il existe une gale assez discrète et une phtiriasse légère du cuir chevelu. L'ictère est marqué aux téguments et aux muqueuses.

Les urines sont hautes en couleur, acajou, et donnent les réactions de Gmelin et de Hay, ce qui indique la présence de pigments et de sels biliaires.

Elles ne renferment ni sucre ni albumine.

Les matières fécales sont décolorées, couleur mastic. Il n'existe ni circulation collatérale veineuse abdominale, ni ascite.

Le foie est peut-être légèrement augmenté de volume donnant 10 cm. de hauteur de matité sur la ligne mamelonnaire.

La rate est perceptible à la percussion.

La langue est un peu blanche. Il y a eu quelques vomissements bilieux la veille de l'entrée de la malade dans le service. Il n'y a ni diarrhée, ni constipation. La température est à 37°2.

La malade, d'ailleurs très nerveuse, se plaint de douleurs vagues un peu partout dans la région cœcale, aux jambes, le long des tibias. Elle aurait en outre un peu de céphalée le soir depuis six jours.

On ne retrouve à l'origine de cet ictère aucune intoxication, aucun excès alimentaire.

La sœur de la malade, qui vit de la même vie domestique, n'a pas présenté le moindre trouble de ce genre.

Les divers organes sont normaux. L'examen de la vulve,

systématiquement pratiqué et sans que la malade ait attiré notre attention de ce côté, nous montre 5 érosions de la dimension d'une pièce de 0 fr. 20 aux lèvres et à la fourchette, ayant tous les caractères de chancres syphilitiques. On y retrouve le tréponème en abondance. Elles s'accompagnent de ganglions inguinaux bilatéraux du volume d'un haricot à une noisette.

La malade ignorait l'existence de ces érosions. On n'en peut donc connaître le début.

Il n'existe aucune manifestation spécifique cutanée ou muqueuse. Le col de l'utérus est indemne.

M... a été réglée à 18 ans seulement. Elle s'est mariée à 19 ans et n'a encore eu aucune grossesse.

Elle présente quelques stigmates de syphilis héréditaire. C'est une rousse qui a le nez en selle, dont les incisives médianes supérieures chevauchent les unes sur les autres, qui a le lobule des oreilles soudé et qui, surtout, présente, aux commissures labiales, des cicatrices radiées caractéristiques. Ajoutons-y le retour de la menstruation. Son père est mort de cause inconnue. Sa mère est vivante, bien portante et a eu deux grossesses : un fils bien portant et une fille, la malade.

Le 11 février, la malade est passée à la pommade au polysulfure comme traitement de sa gale.

Le 12 février, l'ictère est stationnaire. La réaction de Gmelin est négative, celle de Hay positive. La séro-réaction de Wassermann est négative.

Le 16 février, la réaction de Wassermann est douteuse.

Le 17 février, l'ictère a presque disparu, les matières fécales sont recolorées, les réactions de Hay et de Gmelin sont négatives.

La température atteint 38°. La malade se plaint toujours de souffrir des jambes, la pression des tibias est douloureuse, les lésions vulvaires se sont élargies et ont de plus en plus l'aspect de chancres.

Le 20 février, la séro-réaction de Wassermann est positive.

Le 27 février, l'ictère a complètement disparu. Les urines restent hautes en couleur, mais les réactions de Hay et de Gmelin sont toujours négatives. Elles ont toujours oscillé autour d'un litre par vingt-quatre heures.

Le foie a 11 cms sur la ligne mamelonnaire et la rate mesure trois travers de doigt.

Le 28 février, cinq taches érythémateuses apparaissent sur l'abdomen.

Le 6 mars, roséole très abondante.

Le traitement antisypilitique est commencé sous forme de quatre injections intraveineuses de cyanure de mercure, suivies d'une série de novarsénobenzol. Une réaction d'Herxheimer notable accompagne le cyanure, et la roséole, le lendemain de la première injection de novarsénobenzol, a subi une recrudescence passagère mais très accusée. D'abondantes crêtes de coq se sont ultérieurement développées à la vulve.

Observation III. — D... Victor, 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bichat, n° 5 (obs. H. 334), le 29 janvier 1920, pour deux plaies de la verge, datant de trois semaines et survenant après un coït suspect.

Il s'agit d'un chancre du frein, de la surface d'une pièce de 0 fr. 50, et d'un autre chancre de même dimension à peu près, siégeant à la face interne du prépuce, à droite. Il s'agit de deux lésions érosives avec induration parcheminée typique. Elles s'accompagnent d'un certain degré de phimosis avec inflammation jambonnée du prépuce.

Il existe des ganglions inguinaux bilatéraux multiples, durs, caractéristiques.

Au moment de l'apparition du chancre, trois jours avant, aux dires du malade, s'était déclarée une jaunisse qui existe encore aujourd'hui et pour laquelle il fut hospitalisé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Siredey. Il y fut considéré comme atteint d'ictère catarrhal et mis au régime lacto-végétarien, ainsi qu'au calomel à 0.05 cgrs renouvelé deux ou trois fois à cinq jours d'intervalle (renseignements fournis à ma demande par le docteur Siredey). Bien que presque disparu en sortant de l'hôpital Saint-Antoine, cet ictère a repris et se présentait très accentué à l'entrée du patient à Saint-Louis. Conjonctives, muqueuse buccale, téguments étaient de coloration foncée, les matières fécales étaient décolorées, couleur mastic.

Les urines, acajou, donnaient la réaction de Gmelin et celle de Hay. Les urines étaient de 2 litres par jour et ne renfermaient ni sucre ni albumine.

Le foie était un peu gros, débordant légèrement les fausses côtes.

La rate de volume normal.

Le poulx était à 68, les autres organes étaient normaux.

Cet homme n'avait pas d'antécédents pathologiques notables, mais il était alcoolique. Il avouait sans honte qu'il buvait énormément.

mément et énumérait comme ration journalière : 3 litres de vin, une dizaine d'apéritifs et un petit verre de rhum chaque matin.

Le 2 février, la réaction de Wassermann était négative.

Le 3 février, apparaissait un début de roséole.

Sous l'influence du régime lacté, l'ictère rétrocéda rapidement.

Le 5 février, les réactions de Gmelin et de Hay étaient négatives. Même constatation le 10 février.

En même temps que la roséole, s'établit une polyurie constante qui oscilla entre 3.000 grammes et 4.000 grammes par jour.

Le 9 février, la séro-réaction était positive.

Le traitement fut immédiatement commencé sous forme de quatre injections intraveineuses de cyanure de mercure, immédiatement suivies d'une cure de novarsénobenzol.

Le 13 février, il persista un peu de subictère, mais, sous l'influence de quatre injections de cyanure de mercure, les réactions de Gmelin et de Hay reparurent deux jours de suite, les 13 et 14 février.

Le 15 février, on voyait encore des taches de roséole. Elles disparaissaient totalement le 18. En peu de temps, tout phénomène de rétentios biliaire avait rétrocédé. Le chancre s'épidermisait seulement le 20 février.

La troisième observation de M. Milian n'est pas moins intéressante, encore qu'elle décrive le cas assez particulier d'un ictère primaire survenant chez un sujet antérieurement traité et au cours d'une surinfection.

Observation IV. — Le 21 octobre 1913, m'est envoyé, par un médecin, M. C..., avocat à la Cour de Paris, âgé de 39 ans, qui avait présenté en août, à la verge, deux petites plaies caractéristiques du chancre syphilitique et qui avaient été accompagnées de roséole. Le malade avait reçu cinq injections intramusculaires d'olarsol; la dernière, le 10 octobre. Malgré cela, il persistait encore le 21 octobre des ganglions inguinaux assez volumineux, durs et mobiles, caractéristiques de l'adénopathie syphilitique primaire, et, en outre, les amygdales, volumineuses et rouges, présentaient à droite des érosions muqueuses typiques. Je continuai le traitement commencé sous forme d'injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Le 22 octobre 30 cgrs.

Le 29 octobre	45 cgrs.
Le 4 novembre	60 cgrs.
Le 10 novembre	75 cgrs.
Le 17 novembre	90 cgrs.

Il prit ensuite, en décembre, 30 cachets de calomel de 0 gr. 01, autant au 17 janvier, au 11 février, et il prit ensuite 60 pilules de Dupuytren du 24 février au 24 mars et du 8 avril au 6 mai.

Il reprit du calomel du 21 mai au 18 juin.

Le 26 juin et le 31 juillet 1914, la réaction de Wassermann était négative.

Pendant la guerre, le malade prit en 1915 2 cgrs par jour de calomel en janvier, autant du 1^{er} au 30 mars, du 1^{er} au 30 mai, du 1^{er} au 31 juillet, du 1^{er} au 30 septembre et du 1^{er} au 30 novembre. Une réaction de Wassermann faite le 12 juin fut négative.

En 1916-17-18, aucun traitement ne fut institué.

Je rencontrai à deux ou trois reprises le malade aux armées pendant la guerre et ne lui constatai aucun accident.

Pendant ses permissions, il put faire à Paris diverses réactions de Wassermann, elles furent toutes négatives.

Le malade revint me voir dès notre démobilisation commune. Je ne lui trouvai, le 11 février 1919, aucun signe de syphilis active.

Le système nerveux était intact. Je proposai de faire une réactivation pour juger de l'état de sa syphilis. Je lui fis, le 17 février, une injection intraveineuse de 45 cgrs de 914.

Du sang fut pris le 3 mars, c'est-à-dire quatorze jours après l'injection, et le 13 mars, soit vingt-quatre jours après l'injection. Les deux analyses furent négatives.

Or, trois mois après cette épreuve, le 7 juin 1919, il venait me montrer une érosion de la dimension d'une lentille siégeant à la face interne du prépuce, à gauche, apparue depuis quatre jours, quinze jours après un coït suspect, et ayant tous les caractères d'un chancre syphilitique; une adénopathie croisée inguinale droite accompagnait cette érosion.

Je songeai tout d'abord à une lésion chancriforme, malgré l'adénopathie concomitante, car je n'y trouvais pas de tréponème à l'ultra-microscope à un examen rapide.

Le 10 juin 1919, soit au dixième jour du chancre, le Bordet-Wassermann était négatif.

Le 17 juin, l'érosion s'était agrandie à la dimension d'une pièce de 1 franc. L'adénopathie s'accroissait; depuis deux

jours, soit douze jours après le début du chancre, sans autres phénomènes que de la fatigue et un peu d'anorexie, sans troubles digestifs, était apparu un ictère léger avec selles un peu décolorées.

Le 19 juin, l'ictère était devenu très foncé, les urines tachaient la chemise en jaune et donnaient la réaction de Gmelin, mais ne renfermaient pas d'albumine.

Les matières fécales étaient partiellement décolorées.

Le foie mesure 15 cms de matité sur la ligne mamelonnaire, la rate trois travers de doigt.

Le Bordet-Wassermann était encore négatif le 19 juin.

Malgré notre idée qu'il s'agissait d'un accident primitif et quitte à ne pas en avoir la preuve par l'apparition de la roséole, le malade fut mis au traitement par l'huile grise.

Le 24 juin, l'érosion chancriforme a grandi et dépasse le diamètre d'une pièce de 2 francs.

Les matières sont un peu jaunes. L'ictère est plus foncé. Une deuxième injection à l'huile grise est faite.

Le 30, l'érosion prépuçiale est stationnaire. L'ictère diminue d'intensité; troisième injection d'huile grise.

Le 3 juillet, l'état général est satisfaisant. « Je commence à me sentir tout à fait solide », dit le malade : c'est-à-dire que le traitement mercuriel a tout de suite influencé la guérison de l'état hépatique.

Le 7 juillet, l'érosion de la verge est franchement de couleur chair musculaire avec une induration typique; il est apparu malgré l'huile grise une cinquantaine de taches de roséole très marquées, rose vif, un peu œdémateuses, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 20, siégeant sur l'abdomen, les flancs et le bas du dos. Le Bordet-Wassermann est positif. Une quatrième injection d'huile grise est faite.

Cette roséole est ainsi apparue trente-quatre jours après le début du chancre, c'est-à-dire un peu en avance sur les délais usuels. Elle confirme le diagnostic de chancre.

Le 10 juillet, cette roséole pâlit un peu. Il ne semble pas y avoir d'éléments nouveaux. L'induration du chancre est très marquée et donne le ressaut caractéristique quand le malade décalotte.

Il n'existe plus qu'un peu de subictère.

Le 12 juillet, la cicatrisation du chancre marche à grands pas. La roséole persiste. Les éléments sont toujours un peu urticairiens, et ont un peu grandi.

Le 19 juillet, la roséole est presque effacée. Le chancre est

cicatrisé. Une sixième et dernière piqûre d'huile grise est faite et, le 25 juillet, une série intraveineuse de novarsénobenzol est poursuivie aux doses de 30, 45, 50, 75, 90, 100 cgrs, suivie elle-même d'une nouvelle cure d'arsénobenzol.

Depuis le 10 avril 1920, le malade est en observation. Il ne présente pas d'accident et sa séro-réaction est négative.

Il est à noter que ce sujet est dépourvu de tout passé hépatique et que ses antécédents personnels pathologiques sont nuls.

(Milian, *L'ictère syphilitique primaire*, 17 août 1920.)

Ces trois observations démontrent incontestablement l'existence d'un ictère contemporain du chancre, antérieur à la roséole, donc primaire.

Elles donnent en même temps l'aspect général de cet ictère, avec son début insidieux progressif, sans troubles généraux; ictère à type catarrhal simple, avec cholurie, décoloration des matières, augmentation souvent très légère et inconstante du volume de la rate; ictère souvent dissocié, au moins passagèrement, et qui s'accompagne de rétention biliaire parfois accentuée.

On note encore ses caractères négatifs si particuliers : absence de fièvre, de prurit, de bradycardie vraie, de troubles gastro-intestinaux.

Enfin, son évolution est habituellement rapide, « en feu de paille ».

Les observations de Milian ont eu le grand mérite d'attirer l'attention sur cette jaunisse de la période primaire; cependant, dans les observations I et III, il s'agit, pour la première, d'une malade qui porte les stigmates de l'hérédosyphilis; pour la troisième, d'un sujet surinfecté et antérieurement traité.

MM. Chatelier et Bonneterre, un an après ces publications, rapportent un cas analogue :

Observation V. — Ph... V..., 22 ans, lingère, entre à l'hôpital le 2 juillet.

Sa mère est morte à 52 ans d'un cancer du sein; son père est mort d'affection cardiaque.

Elle a deux frères et trois sœurs en bonne santé.

Rien à signaler dans les antécédents de la malade.

Au début du mois de mai, coït suspect, troubles généraux vagues coïncidant avec la suppression des règles.

Vers le début de juin, peu à peu, la malade a senti ses forces diminuer. Lassitude générale, œdème malléolaire, troubles digestifs, inappétence, vomissements, obligeant la malade à quitter l'atelier.

Elle s'aperçoit, vers le 20 juin, d'une jaunisse qui, dit-elle, était très accentuée. La malade se met spontanément au régime lacté. L'ictère diminue peu à peu.

Apparaissent des douleurs au niveau de la grande lèvre qui conduisent la malade à l'hôpital vers la fin du mois de juin.

On constate sur l'extrémité postérieure deux érosions, peu douloureuses, presque complètement cicatrisées, accompagnées d'un œdème assez considérable de la grande lèvre gauche. Induration lamelleuse difficile à percevoir. Adénopathie dure de l'aîne gauche.

Tréponème à l'ultra-microscope.

A l'examen général, on trouve encore un ictère assez intense avec coloration des téguments et des muqueuses. Pas trace de roséole, pas de prurit.

Foie gros, douloureux.

Rate perceptible à la percussion et, à la palpation, très douloureuse.

Les fèces sont un peu recolorées.

L'examen des urines donne la réaction de Gmelin, albuminurie notable. Volume total de 900 cc. Grossesse de deux mois environ.

L'examen du sang montre une formule leucocytaire normale.

Résistance globulaire augmentée notablement. Réaction de Wassermann positive.

Régime lacté. Injection de 45 cgrs de néosalvarsan.

A la deuxième injection, faite neuf jours après, l'albuminurie a presque disparu.

Les urines recueillies sont analysées par M. Waldigmer, pharmacien en chef des hôpitaux, qui trouve des traces d'albumine, de l'urobiline en quantité notable.

L'ictère rétrocede rapidement.

L'état général s'amendait à cause de l'état de grossesse. Le traitement est poursuivi avec énergie. La malade avorte au troisième mois et demi de sa grossesse, mais l'ictère et l'albumine avaient disparu complètement.

(Chastelier et Bonnetierre, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1921.)

Ici encore, apparition d'un ictère franc avant toute manifestation secondaire, dont les auteurs ne font d'ailleurs pas mention.

Ils insistent sur l'albuminurie concomitante qui, comme l'ictère, a cédé au traitement. Il faut noter cependant que la réaction de Wassermann était positive au moment où l'ictère a été constaté, à l'encontre des cas publiés par Milian.

Il nous a paru intéressant de rapprocher de cette observation celles, plus récentes, que publient M. Delore, en 1928, et M. Luigi Ciarrocchi, en 1932.

Observation VI. — Une jeune fille de 20 ans entre à la clinique du professeur Pic pour jaunisse.

Elle s'est toujours bien portée. Son ictère est survenu douze jours auparavant, sans troubles digestifs, sans fièvre. Il s'agit d'un ictère généralisé assez intense avec décoloration des selles, urines foncées, avec pigments et sels biliaires. Pas de prurit, légère bradycardie à 64, pas de troubles digestifs, sauf un peu de constipation. Apyrexie. L'examen viscéral ne montre rien d'anormal.

Foie et rate sont sensibles.

On porte le diagnostic d'ictère infectieux bénin. Outre le régime, on prescrit du calomel à la dose de 0,03 cgrs, chaque matin, et des lavements froids.

Cependant, l'ictère se prolonge d'une façon un peu anormale pour un ictère catarrhal.

Au quinzième jour, son intensité n'a pas varié. Il paraît fort bien toléré, mais la température s'élève progressivement.

Au vingtième jour de l'ictère, le thermomètre marque 38°6. A ce moment, l'attention est attirée par l'apparition toute récente d'éléments éruptifs sur le visage.

Il s'agit de trois plaques circonscrites, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, siégeant près de la commissure labiale et

sur le sillon naso-jugal à droite. Elles rappellent les syphilitides papuleuses élégantes.

L'examen des téguments montre également quelques taches rosées au niveau des flancs et des lombes. Ces taches sont encore très discrètes et se distinguent à peine sur le fond ictérique.

La malade est montrée au professeur Fabre qui trouve l'éruption faciale très typique et conclut à son origine spécifique. Quant aux taches abdominales, elles sont encore trop discrètes et encore trop localisées pour qu'on puisse se prononcer sur leur nature.

Mais le lendemain, l'éruption s'est généralisée à tout le tronc; elle a vraiment l'aspect d'une roséole et ce diagnostic est confirmé par M. Favre.

Un traitement bismuthique est aussitôt institué.

Les syphilitides faciales disparaissent en six jours, ainsi que la roséole; la fièvre tombe parallèlement.

Quant à l'ictère, il persiste un peu plus et ne disparaît qu'une douzaine de jours après le début du traitement.

La réaction de Wassermann, demandée après la première injection de bismuth, s'est montrée très positive.

La malade a quitté le service, il y a quinze jours, en bonne santé apparente; les muqueuses n'ont montré ni chancre ni plaques. Il n'y avait pas d'adénopathie.

(P. De'lore, *Lyon Médical*, juillet 1928.)

Observation VII. — Giovanni, âgé de 26 ans.

Antécédents familiaux : néant.

Antécédents personnels : né à terme, allaitement maternel.

Pas de maladies d'enfance;

A 13 ans, grippe;

A 23 ans, blennorragie mal soignée. .

Buveur moyen; fumeur ++.

Le malade attend quinze jours avant de venir à la clinique, se sentant bien. Il ressentait seulement du prurit de la région pubienne, lequel prurit attira son attention sur une petite pustule siégeant sur le pénis. En même temps, il s'aperçut de l'existence d'une coloration jaunâtre de sa sclérotique qui, le jour suivant, s'étendit aux muqueuses et aux téguments, s'accompagnant d'un prurit assez important, généralisé.

Actuellement, poids : 64 kgs 200. Température : 36°9. Pouls : rythmé; légère bradycardie à 60. Développement normal.

La peau et les muqueuses sont visiblement le siège d'un ictère. On note de la phtiriasé pubienne et périnéale.

Sur la face dorsale de la verge, près de la racine, on note l'existence d'un nodule, de la dimension d'un sou, de couleur rosée, un peu luisante, d'où suinte un liquide séro-sanguinolent.

À la palpation, indolore, on perçoit une infiltration résistante, profonde, cartonnée.

Dans la région inguinale, et plus particulièrement à droite, on trouve une adénopathie, ayant les caractères de l'adénopathie syphilitique.

Rien du côté pulmonaire ni cardio-vasculaire.

Le foie atteint la sixième côte sur la ligne mamelonnaire; en bas, il déborde de deux travers de doigt le rebord costal. Il est sensible à la palpation.

La rate est palpable, non douloureuse, dure.

Les examens de laboratoire sont pratiqués :

Urines

Taux par vingt-quatre heures : 2.000 grs.

Couleur bière brune.

Réaction acide.

Poids spécifique : 1.016.

Albumine : traces non dosables.

Ni sucre, ni acétone.

Traces de pigments et de sels biliaires.

Urée : 7,9 0/00; acide urique : 0,33 0/00.

Examen des sédiments : nombreux leucocytes, cellules desquamées, amas de phosphates.

Selles

Consistance molle, décolorées, blanchâtres.

Sang

Globules rouges : 4.600.000.

Formule leucocytaire normale.

Recherche du tréponème : positive par la méthode de Fontana-Tribondeau.

Réaction de Wassermann : négative le 23 janvier 1932; positive le 2 février 1932; négative le 23 février 1932.

Résistance globulaire : minima, 0,45; maxima, 0,35.

Examen des fonctions hépatiques

Biligénique : Présence de pigments biliaires dans les urines. La réaction de Hjimans van den Berg est positive dans le sang.

Antitoxique : Selon la méthode de Chauffard, le rythme de l'élimination est altéré.

Protéopexique : La réaction de Widal est notablement augmentée.

Glycogénique : Si, après avoir administré à jeun au malade 100 grs de glucose, l'on examine ses urines toutes les heures, pendant vingt-quatre heures, on constate qu'elles ne contiennent pas de sucre et que la glycémie est de 1 gr. 20.

Ces épreuves ayant démontré l'altération fonctionnelle du foie, on prescrit la diète absolue et des injections de bismuth qui furent bien tolérées et agirent efficacement tant sur les accidents cutanés que sur l'ictère, amélioration vite évidente.

Après un mois de traitement, le malade ayant reçu 52 cgrs de bismuth, le chancre était cicatrisé, la rate n'était plus palpable, le foie ne dépassait plus le rebord costal.

Les selles avaient repris une couleur et une consistance normales.

Ni sels, ni pigments biliaires dans les urines.

L'ictère était complètement disparu.

Aux injections de bismuth succédèrent des injections de néosalvarsan, qui ne provoquèrent pas de réaction d'Herxheimer. (Dott. Luigi Ciarrocchi. *R. Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.*)

L'observation de M. Delore nous montre combien il est facile de confondre au début l'ictère syphilitique primaire avec l'ictère catarrhal simple, et tout l'intérêt de ce diagnostic précoce, plus aisé lorsqu'on y pense et lorsqu'on a soin de rechercher les accidents primaires cutano-muqueux.

Dans l'article qui accompagne l'observation de M. Luigi Ciarrocchi, celui-ci élimine l'hypothèse d'un ictère hémolytique, diagnostic qui peut également se poser en face d'un ictère syphilitique primaire.

Il souligne la splénomégalie, l'hépatomégalie et surtout l'altération fonctionnelle du foie, l'action rapidement résolutive du traitement bismuthique autant sur la lésion hépatique que sur la cicatrisation du chancre.

Il relève encore l'absence de tout symptôme propre à l'ictère primitif préroséolique et, au contraire, l'exis-

tence des signes qui l'apparentent à l'ictère catarrhal simple :

Prurit dont Milian signale l'absence,

Bradycardie légère d'ailleurs sans valeur puisqu'elle n'est pas inférieure à 60 pulsations par minute.

L'auteur souligne enfin la coïncidence, dans deux de ses observations personnelles, d'une affection hépatique antérieure, sans vouloir en tirer d'autre conclusion qu'elle facilite l'apparition plus précoce de l'ictère. C'est à cet égard qu'une observation, que nous devons à notre maître M. P. Nicaud, nous paraît la plus intéressante. Elle décrit l'ictère syphilitique primaire dans sa forme la plus pure, la plus typique, chez un sujet indemne de toute atteinte hépatique antérieure, survenu au cours de l'évolution de chancres anaux, et ayant précédé l'apparition des accidents secondaires et des réactions humorales.

Observation VIII. — Une malade de 32 ans vient consulter à Lariboisière, le 6 août 1926, pour un ictère léger.

Cet ictère a débuté il y a trois jours environ, s'est foncé assez rapidement et, en ces quelques jours, un ictère modéré a été réalisé avec pigmentation notable de la peau, des conjonctives et des muqueuses. Urines assez foncées et décoloration appréciable des matières.

L'examen complet des muqueuses permet de reconnaître deux petites ulcérations siégeant sur la marge de l'anus vers le raphé ano-vulvaire, dont le début approximatif paraît remonter au 25 ou 26 juillet précédent.

Ces ulcérations sont peu étendues, de dimensions d'une petite pastille, presque côte à côte sur le bord antérieur de l'anus, et reposent sur une base indurée et assez largement infiltrée, aux bords surélevés, à fond rosé légèrement sanieux. La présence de ces ulcérations n'avait provoqué aucune réaction douloureuse. Un seul petit ganglion était perceptible dans le pli inguinal droit.

Un frottis est fait aussitôt après l'examen de la malade avec l'exsudat obtenu par scarifications faites sur les bords d'un des éléments. On y découvre, après coloration de Fontana-Tribondeau, d'assez nombreux tréponèmes.

Une prise de sang contemporaine de l'examen de l'exsudat montre une réaction de Wassermann et une réaction de Hecht négatives et il n'existait à cette époque, en dehors des accidents primaires anaux, aucun autre accident cutané ou muqueux.

On propose immédiatement à la malade un traitement anti-syphilitique rapide et intensif et, pour la surveiller plus étroitement, on lui propose de rentrer à l'hôpital le jour même. Mais elle ne revient que quatre jours après, le 10 août.

La situation, à cette époque, est tout à fait modifiée. L'ictère s'est nettement accentué avec coloration beaucoup plus marquée de la peau et des muqueuses; urines beaucoup plus foncées; décoloration très franche des matières; mais un fait nouveau a inquiété la malade et l'a ramenée dans le service : c'est une éruption de syphilides secondaires maculo-papuleuses dont le début remonte à deux jours environ; les éléments sont très diffus mais particulièrement confluents sur le tronc.

Il n'y a pas de nouveaux éléments muqueux. Les accidents primaires déjà observés présentent toujours les mêmes caractères. Le foie paraît très légèrement augmenté de volume. La rate est normale. La température est à 38°4. Il n'y a pas d'albuminurie; la réaction de Gmelin a été positive dès le 6 août. La réaction de Hay a d'abord été négative, puis positive les jours suivants et la rétention associée des pigments et des sels biliaires a persisté ensuite jusqu'à la fin de l'évolution.

Cet ictère n'a pas été accompagné de troubles gastro-intestinaux.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, un traitement antisyphilitique intensif a été commencé en injections intraveineuses de novarsénobenzol et de cyanure de mercure. Une injection de novar est faite tous les six jours et une injection de cyanure quotidienne tous les jours intermédiaires.

Il n'y a pas eu de réaction d'Herxheimer perceptible.

Dès les six premières injections, la température redevient normale et, dès le 13 août, l'ictère s'atténue; les urines sont plus claires, les selles restent encore décolorées.

L'éruption maculo-papuleuse a pâli, les éléments diminuent d'étendue et les chancres anaux sont également très favorablement modifiés.

Le 16 août, l'ictère a presque complètement disparu, les urines sont claires et les selles normales.

Une réaction de Wassermann, faite le 16 août, s'est montrée très positive.

Le 25 août, les conjonctives seules restent légèrement subictériques, les syphilides très atténuées ne sont que très peu perceptibles encore sur l'abdomen, et les chancres anaux sont en voie de cicatrisation complète.

Le traitement arsenical et mercuriel, très bien toléré, est continué régulièrement jusqu'à la fin du mois de septembre.

Après une période de repos, le traitement a été repris depuis.

(Guicaud, Ictère syphilitique primaire. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, décembre 1926.)

Cet ictère, apparu une dizaine de jours après le début du chancre, a précédé d'une semaine environ les accidents secondaires caractéristiques. Il est donc bien primaire; les accidents secondaires *très florides* se sont montrés en plein ictère.

De début très rapidement progressif, il a eu une grande intensité attestant l'atteinte hépatique précoce et sévère. En outre, on retrouve dans cette observation l'absence de troubles gastro-intestinaux déjà signalée.

L'examen de la résistance globulaire a montré qu'elle était normale, ce qui, joint à l'absence de signe d'anémie sanguine et de splénomégalie, infirme l'hypothèse d'un ictère hémolytique.

Il faut remarquer, en outre, l'efficacité très rapide du traitement, la résolution concomitante des accidents hépatiques et des accidents cutanés et muqueux sous l'influence de la thérapeutique spécifique, ce qui permet d'affirmer la nature syphilitique de cette hépatite.

Depuis cette observation, nous avons eu l'occasion de voir un cas analogue :

Observation IX. — Il s'agissait ici encore d'un ictère léger à étiologie indéterminée, apparu chez une jeune femme de 23 ans.

On trouve par l'examen complet systématique des muqueuses, au niveau de la fourchette, le reliquat de deux petites

ulcérations déjà presque cicatrisées, dont le début remontait à une quinzaine de jours. On n'a pu y retrouver de tréponèmes malgré l'existence d'une adénopathie inguinale caractéristique.

L'ictère s'est accentué rapidement, s'accompagnant de cholestase, de décoloration des matières.

Le foie, la rate sont augmentés de volume.

Ici encore, ni troubles gastro-intestinaux, ni prurit, ni bradycardie.

Ce n'est que douze jours après le début de cette jaunisse que sont apparues des manifestations secondaires cutanées et muqueuses très florides.

Le traitement mercuriel et arsenical, entrepris de suite, nous avons pu voir rétrocéder très rapidement tous les accidents cutanéomuqueux et hépatiques.

En douze jours de traitement, l'ictère avait complètement disparu; quant à la roséole, elle a persisté un peu plus longtemps.

Le B. W., pratiqué à l'origine, s'est montré négatif.

Il est devenu positif par la suite.

Nous avons relaté un certain nombre d'observations parmi les plus marquantes sur l'ictère syphilitique primaire; il en est d'autres. Il semble donc, comme l'avait prédit Milian, que l'ictère syphilitique primaire ne soit pas très rare.

Début. — Son début est variable. Dans deux des observations de Milian, dans une observation de MM. Gastou et Tissot, il est contemporain du chancre. Dans les observations de Chatelier et Bonneterre, dans les deux observations de M. Nicaud, l'ictère apparaît quelques jours après le chancre. La deuxième observation de Milian signale même son apparition avant le chancre.

En tous les cas, l'ictère apparaît nettement avant l'écllosion des accidents secondaires.

Symptômes. — Une fois apparu, cet ictère se comporte comme un ictère catarrhal simple : cholurie, décoloration des matières et, de façon inconstante, splénomégalie et hépatomégalie.

On note également une rétention peu durable des pigments et des sels biliaires. Cette rétention est souvent précédée d'une dissociation passagère pigmento-cholalique.

Nous rappellerons brièvement l'absence de troubles gastro-intestinaux, l'absence de fièvre et classiquement l'absence de prurit et de bradycardie, signes négatifs caractéristiques de cet ictère.

En fait, il faut penser à l'ictère syphilitique primaire en présence d'une jaunisse qui ne fait pas sa preuve et rechercher systématiquement les stigmates cutanéomuqueux qui orienteront le diagnostic. Nous insisterons encore sur l'extrême richesse des accidents secondaires chez les sujets qui ont présenté un ictère à la période initiale : « l'exanthème maculo-papuleux *colossal* », écrit Lasch.

Evolution. — Quant à l'évolution, dans tous les cas relatés, elle a été rapide, mais il semble bien que, dans les cas rapportés par M. Nicaud, cette évolution ait été encore écourtée par un traitement précoce et intensif. Ainsi, cette action rapide du traitement serait-elle un argument en faveur de la nature syphilitique de l'ictère apparu à la période initiale de la maladie. MM. Merklen et Fiessinger, dans un article du *Bruxelles Médical* de 1933, écrivent qu'on n'est pas en droit de conclure sur ce seul argument. Il n'en est pas moins vrai que, si on la constate, cette action thérapeutique affirme un diagnostic parfois hésitant.

L'ictère syphilitique primaire apparaît avant les accidents secondaires et avant les réactions humorales : la séro-réaction, pourvu qu'elle soit pratiquée en plein ictère et assez tôt, est très souvent négative, comme le montrent la plupart des observations. Dans l'observation de Chatelier et Bonnetterre, il semble que la réaction de Wassermann, constatée positive, a été faite tardivement.

Enfin, dans une observation de MM. Gastou et Tissot, le B. W. est resté négatif.

En tous les cas, il semble bien que l'ictère soit sans influence sur la déviation du complément.

Certes, quelques auteurs ont pu discuter la valeur du test sérologique avec les sérums ictériques, arguant que le passage d'éléments biliaires dans le sang pouvait troubler la fixation du complément. L'ictère pourrait ainsi rendre positive la réaction de Wassermann en dehors de toute syphilis.

Castaigne a fait justice de cette opinion, démentie par ses recherches dans les ictères chroniques. Il a bien montré que la syphilis était en cause toutes les fois que le B. W. était positif. Donc, l'ictère ne peut pas, par sa seule présence, rendre positive la réaction de Wassermann, qui ne le devient, dans tous les cas relatés, que

dans les délais normaux; l'ictère syphilitique primaire est bien un accident pré-humoral.

Cette constatation clinique rejoint les constatations expérimentales faites en 1906 par Hoffmann.

Celui-ci a montré, en effet, la dissémination très précoce du tréponème dans toute l'économie. Inoculant à des singes du sang de syphilitique, il a trouvé que le tréponème, quoique peu abondant, était en circulation bien avant l'apparition des accidents roséoliques et parfois même trois semaines avant.

La détermination hépatique fait donc partie de toutes les autres manifestations viscérales que l'on observe à la période initiale de la syphilis, au cours de la septicémie tréponémique.

Formes cliniques. — Dans le cadre de l'ictère syphilitique primaire, doivent rentrer les cas d'ictères syphilitiques préroséoliques de Castaigne, autrefois considérés comme des accidents secondaires très précoces.

On peut en rapprocher également les cas où le traitement spécifique fait apparaître, comme dans la deuxième observation de Milian, une véritable réaction d'Herxheimer hépatique. La deuxième observation de M. Nicaud relate un cas analogue avec, tout au début du traitement, accentuation de la réaction de Gmelin dans les urines et, sur les éléments cutanés, une réaction d'Herxheimer.

Diagnostic. — Quant au diagnostic différentiel de l'ictère syphilitique primaire, nous avons vu qu'il pouvait poser un problème délicat :

L'absence de modifications de la résistance globulaire et des signes d'anémie sanguine élimine l'hypothèse d'un ictère hémolytique, malgré la splénomégalie fréquemment trouvée.

De même, l'ictère lithiasique pourrait être envisagé lorsque, comme dans le cas de M. Luigi Ciarrocchi, exis-

tent du prurit et de la bradycardie; mais c'est exceptionnel.

En fait, le diagnostic le moins aisé se pose, nous l'avons vu, avec l'ictère catarrhal simple, contemporain d'une syphilis primaire, quand celle-ci est reconnue, ou isolé, quand elle est ignorée. D'où l'intérêt de l'examen systématique des téguments et des muqueuses, de l'absence de prurit et de bradycardie, mais le principal argument en faveur de la nature syphilitique de l'ictère nous paraît être sa régression rapide sous l'influence du traitement.

Etiologie. — Il semblerait qu'une atteinte antérieure du parenchyme hépatique favorisât l'orientation du tréponème sur le foie, que cette atteinte soit due au paludisme, à l'alcool, à la lithiase. Dans les deux observations de M. Nicaud, on ne retrouve pas, dans les antécédents des malades, ces causes prédisposantes.

CONCLUSIONS

L'ensemble des cas étudiés montre :

a) Que l'ictère syphilitique primaire n'est pas rare.

b) Qu'il est antérieur aux manifestations secondaires, qu'il apparaît peu de jours après le chancre, ou même en est contemporain.

c) C'est un ictère bénin, correspondant à l'hépatite diffuse qui accompagne le début de la syphilis au même titre que les autres manifestations viscérales de cette période.

d) Cliniquement, il réalise l'aspect de l'ictère catarrhal, moins le prurit, la bradycardie, les troubles gastro-intestinaux.

e) Enfin, c'est un ictère d'évolution courte.

Il faut insister sur le fait que cette évolution est nettement influencée par un traitement antisypilitique précoce et intensif.

Le problème consiste donc à savoir reconnaître un tel ictère, afin d'instituer ce traitement précoce et intensif, et de tenter de prévenir ainsi les hépatites tardives beaucoup plus difficilement curables, dont l'ictère syphilitique primaire pourrait n'être que le prélude.

Vu le Doyen :

Vu le Président de thèse :

TIFFENEAU.

MONDOR

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.